

ESSAI

N° 25

SUR LES

POCHES OU DIVERTICULES

DE

L'ESOPHAGE ET DU PHARYNX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 10 Juin 1893

PAR

François-Alexandre MARCHEGUET

Né à St-Hilaire La Troille (Haute-Vienne)

le 9 Février 1867

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancienne Faculté des Sciences

—
1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELT.
Anatomie pathologique et histologie.	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie. HÉDON (ch. de c.)	N...
Pathologie interne RAUZIER (Ch. du c.)	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).

Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. * C. *).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.	ESTOR, agrégé.
Histologie.	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HÉDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. DUBRUEIL, <i>président</i> .	MM. GILIS, <i>agrégé</i> .
PAULET, <i>professeur</i> .	LAPEYRE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A. MARCHÉGUET.

A M. le Docteur Léon LABBÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BEAUJON
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
SÉNATEUR DE L'ORNE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur A. DUBRUEIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

A. MARCHEGUET.

INTRODUCTION

Personne en France, du moins que nous sachions, n'a encore songé à réunir les faits relatifs à l'histoire des poches œsophagiennes, si ce n'est Mondière (de Loudun) qui, dans les *Archives générales de Médecine* de 1830, en publia quelques observations sous le titre de Dilatations sacciformes. C'est un événement très rare que ces poches ; la plupart des chirurgiens n'en ont jamais vues ; c'est à peine si l'on en compte en tout une quarantaine de cas bien certains.

Nous avons été assez heureux d'avoir entre nos mains une pièce pathologique, provenant d'un sujet atteint d'une telle affection, et observé par M. le professeur Dubrueil. Nous avons pu examiner dans tous ses détails cette pièce, que notre excellent maître a bien voulu laisser à notre disposition, et c'est de l'étude et des recherches auxquelles nous nous sommes livré à ce sujet, qu'est sorti le travail que nous présentons aujourd'hui comme thèse inaugurale.

En Allemagne, où cette affection a été observée le plus souvent, elle a déjà été l'objet de quelques publications importantes dues à Kœnig, à Zenker et Ziemssen, à Albrecht, à Kostanecki, à Bergmann, à Kocher. Nous les avons consultées avec fruit, et y avons largement puisé.

Résumer aussi complètement que possible l'état actuel de la science sur ce sujet encore peu traité chez nous, tel a été notre principal but. Nous nous sommes particulièrement attaché à élucider la pathogénie de cette maladie, et croyons

apporter quelques considérations ou conclusions nouvelles. Nous avons établi la nécessité de séparer les diverticules pharyngiens en deux catégories qui, bien qu'elles aient été confondues jusqu'à présent, sont très différentes cependant au point de vue pathogénique; nous avons montré que les conceptions toutes spéculatives de quelques auteurs sur l'origine congénitale des diverticules pharyngiens dorsaux, ne supportaient pas le contrôle des faits et n'avaient pas de fondement. Et ainsi nous avons confirmé les idées émises par Zenker et Ziemssen, qui ont été les premiers à nous faire connaître la véritable nature de cette affection.

C'est à M. le professeur Dubrueil que nous devons l'inspiration de notre travail. Nous saisissons avec bonheur cette occasion de lui exprimer notre profonde gratitude pour toutes les bontés qu'il a eues pour nous, et pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse. Nous devons aussi tous nos remerciements à M. le professeur-agrégé Estor, pour ses bons services et ses indications bibliographiques.

Qu'il nous soit permis enfin, au moment de terminer nos études, d'exprimer ici notre respectueuse reconnaissance, pour leur enseignement aussi bienveillant qu'éclairé, à tous nos maîtres dans les hôpitaux, à MM. Léon Labbé, Gombault; MM. les professeurs Grancher, Grasset, Dubrueil; M. le professeur-agrégé Brousse.



ESSAI
SUR LES
POCHES OU DIVERTICULES
DE
L'ŒSOPHAGE ET DU PHARYNX

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. OBSERVATIONS. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On donne le nom de diverticules, à des poches formées à côté de l'œsophage ou du pharynx, et restant en communication avec ces conduits. Ce sont des dépressions, ou, si l'on veut, des dilatations limitées à un point spécial de la paroi du canal alimentaire, et qu'il importe, par conséquent, de distinguer des dilatations diffuses ou circonférentielles, occupant une certaine étendue de la paroi, ou même cette paroi tout entière.

Cette distinction est nécessaire au double point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Dilatations circonférentielles. — Les dilatations circonférentielles intéressent toutes les tuniques de l'œsophage. Dans beaucoup de cas, la dilatation est fusiforme ; dans d'autres, l'œsophage se dilate brusquement en un point pour revenir, peu à peu, à son calibre normal, en remontant vers le haut. Cette forme s'observe principalement dans les dilatations qui se dévelop-

pent au-dessus d'un rétrécissement cicatriciel ou cancéreux. On aurait tort, cependant, de croire qu'elles en sont la conséquence fatale. Elles manquent le plus souvent même dans les rétrécissements les mieux caractérisés.

Tant que la tunique musculaire de l'œsophage conserve sa contractilité, les aliments ne séjournent point au-dessus du point rétréci et sont immédiatement régurgités. Il n'y a pas de stagnation et, par suite, pas de dilatation. Mais si cette tunique, qui subit d'abord une hypertrophie compensatrice, vient ultérieurement à perdre ses propriétés contractiles à la suite de processus dégénératifs, alors seulement les aliments pourront s'accumuler au-dessus de l'obstacle et déterminer une dilatation passive. Cette dilatation se produit immédiatement au-dessus du point sténosé, et intéresse également toute la périphérie de la paroi, mais sur une étendue qui ne dépasse pas 9 centimètres, d'après Cruveilhier. Les rétrécissements du cardia sont ceux qui donnent lieu, parfois, aux dilatations les plus considérables. Dans ces différents cas, on trouve généralement une tunique musculaire épaissie et une muqueuse assez souvent altérée, irrégulière ou verruqueuse.

Mais il existe aussi des dilatations fusiformes, qui ne sont pas sous la dépendance de rétrécissements ; elles peuvent atteindre des dimensions colossales : c'est ainsi qu'on a vu l'œsophage acquérir une longueur double et une largeur six à huit fois plus considérable qu'à l'état normal. Dans ces cas, la tunique musculaire est généralement hypertrophiée, quelquefois normale, cependant ; la muqueuse, tantôt normale, tantôt épaissie, est assez souvent le siège d'ulcères profonds, d'érosions hémorragiques, de végétations verruqueuses. Cette forme de dilatation s'accompagne de troubles sérieux de la déglutition, de vomissements, de régurgitations (1). Son étiologie est assez

(1) Mermod. Dilat. diffuse de l'œsoph. sans rétrécissement. (*Rev. Méd. de la Suisse romande*, 1887, t. VII, p. 422.)

obscur. Il se peut que le développement incomplet de la couche musculaire et l'atonie des parois, donnent lieu à l'affection. Il n'est pas impossible non plus qu'elle ne se montre, après un catarrhe chronique de l'œsophage consécutif au catarrhe gastrique.

Enfin, on a signalé quelques cas rares de dilatation congénitale, soit totale, soit partielle. Zenker, notamment, a trouvé, à l'autopsie d'un enfant de 7 jours, une dilatation en forme de boule siégeant à l'extrémité inférieure de l'œsophage, immédiatement au-dessus du cardia.

Diverticules. — Les diverticules ou dilatations circonscrites se présentent sous un tout autre aspect. Le canal alimentaire conserve son calibre normal. Ce n'est qu'en un point limité de sa paroi, que se creuse une dépression en cul-de-sac, une sorte d'appendice qui fait saillie au dehors.

On rencontre deux formes de diverticules. Elles sont si différentes tant au point de vue de leur symptomatologie, de leur pathogénie, que de leur anatomie pathologique, qu'il est impossible de les décrire simultanément et qu'il est utile, dès le début, de les distinguer par des noms spéciaux. Avec Zenker, nous les désignerons sous les noms de Diverticules par traction, ou de Diverticules par propulsion, suivant que leur cause productrice agit du dehors ou du dedans.

Diverticules par traction.

Les diverticules par traction, quoique assez rares, forment certainement la catégorie la plus fréquente. Ils consistent en de petites dépressions infundibuliformes de la paroi œsophagienne dans sa portion thoracique, et surtout au niveau de la bifurcation de la trachée. On ne les a jamais rencontrés au pharynx. Ils reconnaissent pour cause, une traction cicatricielle exercée sur un point de l'œsophage, habituellement par un ganglion

lymphatique enflammé, qui a contracté des adhérences avec les tuniques de ce conduit. Outre les adénites caséeuses, l'inflammation du médiastin, consécutive à la tuberculose vertébrale ou à une pleurésie, peut aussi déterminer ce même phénomène.

Chiari a signalé un cas de diverticule par traction, à la suite d'adhérences entre l'œsophage et le corps thyroïde enflammé.

Les diverticules par traction se rencontrent à tout âge et dans les deux sexes. Leur développement remonte souvent au jeune âge. Il s'agit le plus souvent d'individus scrofuleux ou exposés à l'inflammation des ganglions bronchiques.

Les diverticules par traction sont ordinairement uniques et de petit volume. Leur profondeur ne dépasse pas 12 millimètres. Leur orifice dans l'œsophage ne mesure pas plus de 6 à 8 mm. de diamètre. Leur extrémité infundibuliforme est tournée soit en haut, soit en bas : elle est inclinée ou horizontale. Ils n'ont aucune tendance à s'agrandir. Ils sont parfois formés par la muqueuse seule ; mais très souvent ils renferment une couche musculaire.

La muqueuse parfois plissée est généralement normale ; quelquefois, au fond du diverticule, elle présente un aspect cicatriciel, ou même une ulcération, dernier vestige de la perforation de l'œsophage par le ganglion suppuré.

Ces diverticules existent presque toujours à l'état latent, sans causer le moindre trouble ; de sorte qu'ils ne sont généralement que des trouvailles d'autopsie. Ils ne sont pourtant pas complètement exempts de danger. Le principal est la perforation. Celle-ci peut être déterminée soit par un corps étranger, soit par des aliments qui séjournent dans la petite dépression infundibuliforme et s'y décomposent, entraînant ainsi l'irritation et l'inflammation des tissus voisins.

Les conséquences de la perforation ne sont pas toujours les mêmes. L'œsophage peut s'ouvrir d'abord dans un ganglion

ramolli. Puis, la perforation peut se continuer au travers d'une paroi bronchique ; alors la masse caséeuse du ganglion est rendue par expectoration, ou bien elle gagne les alvéoles, y détermine une pneumonie ou une gangrène pulmonaire. Parfois, la perforation a donné accès dans une caverne ; il peut se déclarer une pleurésie purulente, une pneumo-péricardite, une péricardite.

Les gros vaisseaux (aorte, artère pulmonaire) peuvent être ulcérés, et l'affection se terminer par une hémoptysie foudroyante.

Néanmoins, les diverticules par traction ont peu d'importance clinique ; ils ne s'accompagnent pas de symptômes particuliers, capables de les faire reconnaître même dans les cas où ils donnent lieu aux complications les plus graves.

Diverticules par propulsion

L'histoire clinique des diverticules se rapporte uniquement et exclusivement aux diverticules par propulsion. Cette dernière forme est cependant la plus rare. Nous n'en avons trouvé que 39 observations certaines dans toute la littérature médicale.

Malgré cette rareté, leur importance pathologique n'en est pas moins considérable. Ils ont souvent conduit les malades à l'inanition et à la mort, par les redoutables accidents de dysphagie qu'ils provoquent.

Ils occupent deux sièges distincts.

Les uns, et c'est de beaucoup les plus nombreux, se rencontrent d'une façon constante à la partie supérieure de l'œsophage, ou, ce qui est plus exact, dans la partie inférieure du pharynx, exactement au niveau du larynx. Ils ont leur orifice de communication sur la paroi postérieure du pharynx, droit au point où ce dernier se continue avec l'œsophage. Ils occupent généralement la ligne médiane ; quelquefois ils

sont un peu de côté. Ils sont en rapport avec la colonne vertébrale dans l'espace de tissu conjonctif rétroœsophagien, et peuvent s'étendre assez loin jusque dans la cavité thoracique.

Les autres (4 observations seulement) siègent plus haut sur les parties latérales du pharynx. Ils peuvent former une tumeur saillante à la partie supérieure du cou. Leur orifice dans le pharynx se trouve sur le côté, au niveau de la base de la langue, à l'endroit où s'ouvrent d'habitude les fistules branchiales.

Nous croyons devoir séparer ces deux sortes de diverticules. La plupart des auteurs les ont confondus, et n'ont fait qu'embrouiller leur histoire. S'ils présentent la plus grande ressemblance dans leur symptomatologie, leur étiologie et leur anatomie pathologique, ils diffèrent essentiellement par leur siège, et certainement aussi par leur pathogénie. D'après la situation qu'ils occupent, nous les appellerons donc diverticules pharyngiens dorsaux ou œsophagiens, et diverticules pharyngiens latéraux.

OBSERVATIONS

A. Diverticules pharyngiens dorsaux ou œsophagiens

OBSERVATION I. — Ludlow. *Med. observ. and inquir.* Vol. III, 1767. (citée par Mondière : *Arch. gén. de méd.*, 1830).

Un distillateur de Bristol, âgé d'environ soixante ans, réduit au dernier degré de marasme, réclama les soins du docteur Ludlow dans le mois de juin 1764. Le malade rapporta que cinq ans auparavant, il avait avalé un noyau de cerise qui s'arrêta dans le gosier, d'où il fut expulsé trois jours après dans un fort accès de toux. A partir de ce moment, la déglutition commença à devenir difficile. Au bout d'un an environ, il observa qu'une heure et quelquefois

deux heures après avoir mangé, une partie des aliments revenaient dans la bouche sans avoir subi aucune élaboration. La quantité des matières ainsi rejetées augmenta graduellement et le temps qui s'écoulait entre le repas et cette espèce de régurgitation diminua au point que les aliments revenaient aussi au milieu du dîner. On crut à l'existence d'un rétrécissement squirrheux. La sonde ne descendit pas au delà de l'endroit où le canal œsophagien pénètre dans la poitrine.

Le malade étant mort d'inanition, on trouva à l'autopsie un vaste sac musculaire entre l'œsophage et la colonne vertébrale. Ce sac était pendant dans la cavité thoracique ; il était formé par la dilatation de la partie inférieure du pharynx et n'avait contracté aucune adhérence avec les parties voisines.

OBSERVATION II. — Gianella ; citée par Mondière (*loc. cit.*)

Au mois de décembre 1782, succomba un prêtre âgé de 60 ans réduit au dernier marasme par une dysphagie œsophagienne, dont il avait commencé dès la première jeunesse à éprouver les accidents. Il ne pouvait que manger lentement et il était obligé pour faciliter la déglutition d'exercer avec la main une compression sur la gorge. Dans les derniers temps de sa vie, les aliments qu'il prenait ne pouvaient point arriver jusqu'à l'estomac et ne tardaient pas à être rejetés.

A l'autopsie, la seule lésion que l'on trouva fut la suivante : l'orifice supérieur de l'œsophage était rétréci ; en arrière de l'œsophage, entre ce conduit et les vertèbres cervicales, existait une cavité en forme de poche, dans laquelle les aliments étaient reçus et qui s'étendait depuis le larynx jusqu'à six ou sept travers de doigt au-dessous. Cette poche était donc comme une sorte de hernie de l'extrémité postérieure et inférieure du larynx.

OBSERVATION III. — Marx. *Götting. Anz.* 1783. Résumée d'après la description de Kœnig (1), qui a eu l'occasion de faire l'examen de la pièce pathologique provenant du sujet qui fait l'objet de cette observation.

(1) *Deutsche Chirurgie.* Lieferung 35, 1880.

Homme âgé de 73 ans, dont la mort fut déterminée par le diverticule qu'il portait. Ce diverticule forme une poche énorme, longue de 12 centimètres, descendant au-dessous de la bifurcation de la trachée. Sa partie supérieure, moins large, forme une sorte de collet long de 3 centimètres et débouche par une ouverture de 3 centimètres et demi dans le pharynx, au niveau de la jonction de ce dernier avec l'œsophage. La poche semble ainsi se continuer directement avec le pharynx. Elle présente une paroi aussi épaisse que celle de l'œsophage. Une muqueuse unie tapisse sa face interne. La face externe offre quelques particularités. On voit d'abord très manifestement que la partie supérieure et antérieure possède une couche musculaire. Notamment deux larges faisceaux de fibres du constricteur inférieur descendent du cartilage thyroïde sur les parties latérales du collet, puis s'étalent en éventail sur la poche : les fibres les plus inférieures allant se croiser avec celles venues du côté opposé, à 4 centimètres environ au-dessous de l'ouverture du diverticule. On voit aussi sur la ligne médiane les fibres longitudinales de la tunique musculaire de l'œsophage se renverser en dehors sur la poche et, pénétrant dans sa paroi, s'y disperser jusqu'à une distance de 6 centimètres où elles finissent par se perdre. La face postérieure se trouve également dans une étendue de 3 centimètres, recouverte par les faisceaux du constricteur inférieur, auxquels s'ajoutent quelques fibres venues de l'œsophage.

OBSERVATION IV. — De Guise, *Dissert. sur l'anévrisme*. Paris, an XII.

De Guise dit avoir été consulté par M. P..., qui depuis quinze ans éprouvait, après avoir mangé, une sorte de rumination qui ramenait à la bouche une partie des aliments qu'il avait pris. La déglutition devint de plus en plus difficile et il mourut dans l'émaciation la plus grande. A l'autopsie, on trouva un sac membraneux qui communiquait avec l'œsophage et qui, par sa forme, sa position, sa direction et sa distension, empêchait l'entrée libre des aliments.

OBSERVATION V. — Collomb, *Œuvres méd.-chirurgic.*, Lyon 1798.

Un seigneur de Berne le consulta sur une maladie dont il était atteint depuis environ un an. Cette maladie consistait dans la dilatation et l'élévation considérable des deux côtés du cou, causée par le séjour dans le pharynx des aliments qu'il prenait pour nourriture.

Il les regorgeait tous les 4 ou 5 jours et son cou reprenait alors son état naturel.

OBSERVATION VI. — Thilow. *Salzburg med.-chir. Zeitung*, 1806, II Bd.

Homme de 52 ans. Diverticule long de 5 centimètres et demi.

OBSERVATION VII. — Ch. Bell. *Surg. observ. part.*, I, 1816, p. 67.

Un gentilhomme le consulta pour une maladie de la gorge se traduisant par une grande difficulté de la déglutition: Le cathétérisme ne réussissait pas toujours. En portant le bout de la sonde en arrière, le long de la paroi postérieure du pharynx, on était arrêté; mais en tournant l'instrument de côté sur la paroi latérale, il s'enfonçait et pénétrait dans l'œsophage.

A l'autopsie du sujet, mort d'une maladie qui n'a pas été déterminée, on trouva, suspendue à la paroi postérieure et inférieure du pharynx, une poche qui s'étendait en bas entre l'œsophage et la colonne vertébrale. Cette poche ne renfermait pas de couche musculaire et fut regardée comme une hernie ou protrusion de la tunique interne du pharynx à travers les fibres de la tunique musculaire.

OBSERVATION VIII. — Kühne. *De Dysphagie causis Dissert.* Berlin, 1831.

Un négociant de 54 ans, en mangeant, sentit une bouchée s'arrêter dans l'œsophage. Depuis lors, il éprouvait une sensation douloureuse en avalant. Le mal s'accrut; une portion des aliments était rejetée. Une sonde introduite dans l'œsophage arrivait jusqu'à un obstacle qu'elle ne pouvait franchir. Après le repas, il survenait de chaque côté du larynx une tumeur qui se vidait par la pression. Le malade, après neuf années de souffrances, mourut véritablement de faim et d'épuisement.

A l'autopsie on trouva un diverticule considérable de l'œsophage sous les fibres transversales du constricteur inférieur; l'ouverture de ce diverticule était étroite et n'avait pas le diamètre de l'œsophage; le sac avait neuf centimètres de long et plus de quatre centimètres de large. Ses parois assez épaisses étaient parcourues par des faisceaux musculaires très importants qui passaient de l'œsophage par-dessus le sac.

OBSERVATION IX. — Rokitansky. *Österr. med. Jahrb.* XXI. Bd. 1840.

Un ouvrier de 66 ans fut reçu à l'hôpital en août 1837. Jusqu'à l'âge de 17 ans, il s'était toujours bien porté. A cette époque, il reconnut une tumeur qui se formait sur le côté droit de son cou, à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire. Cette tumeur de nature goitreuse n'était nullement douloureuse, mais elle acquit dans la suite un volume de plus en plus considérable. Dès cette époque aussi, le malade commença à éprouver de la difficulté à avaler et à présenter des régurgitations. A l'âge de 43 ans, les troubles de déglutition s'accrochèrent considérablement et furent bientôt suivis d'une émaciation rapide.

A son entrée à l'hôpital, l'examen montra au côté droit du cou une tumeur ferme et élastique, du volume du poing, dirigée de la région du larynx obliquement en dedans et en bas jusqu'à l'articulation sternoclaviculaire et passant derrière cette articulation dans la poitrine. Le décubitus dorsal ou même la pression sur la tumeur avec la main déterminaient le vomissement. Pendant 14 jours, toute alimentation fut impossible et le malade succomba.

Autopsie. — A la hauteur du constricteur inférieur du pharynx, la muqueuse se prolonge à travers les fibres inférieures et horizontales de ce muscle, dans une poche constituant un diverticule de plus de 5 centimètres de long et au moins aussi large que le pharynx, soutenue par l'enveloppe celluleuse de l'œsophage, de manière que le canal pharyngien allait directement dans cette cavité, au lieu d'aller dans l'œsophage. Les parois de cette poche offrent encore quelques bandelettes de fibres musculaires pâles : une muqueuse lisse tapisse sa face interne. Immédiatement près de l'ouverture de ce diverticule, l'œsophage est extraordinairement rétréci, et ce conduit est comme atrophié dans tout le reste de son étendue.

OBSERVATION X. — Otto. *Gunzburg's Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1. 1850.

Homme de 78 ans. Diverticule de 6 centimètres de long qui causa la mort du malade.

OBSERVATION XI. — Worthington. *Med. chir. transactions.* 30 Bd. 1847.

Homme, âgé de 69 ans. Les premiers symptômes dysphagiques apparurent 3 ans avant la mort du malade. D'abord légers, ils ne tardèrent pas à s'accroître. La déglutition devint de plus en plus difficile et s'accompagna de régurgitation. On chercha à passer une sonde ; son extrémité fut arrêtée au-dessous du cartilage cricoïde. Le malade succomba dans le marasme.

Autopsie. — Une poche naissant de la paroi postérieure de l'œsophage, au niveau du cartilage cricoïde, s'était fait une place entre la trachée, l'œsophage et la colonne vertébrale. Cette poche, en forme de doigt de gant, mesurait près de 9 centimètres de long et plus de 6 de large. Les deux tiers de sa surface étaient recouverts par les faisceaux du constricteur inférieur.

La cavité pharyngienne, très dilatée, communiquait librement avec la poche, formant ainsi une sorte d'entonnoir qui aurait pu contenir environ un litre de liquide. Immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, au niveau du bord supérieur de la poche, un repli transversal de la muqueuse formait un rétrécissement. Au-dessous du rétrécissement, l'œsophage était très étroit, mais la muqueuse était parfaitement saine.

OBSERVATION XII. — Göppert. *Schleiden u. Froberg's Notizen*. Nr. 177, 1849.

Homme de 80 ans. Diverticule très grand, qui amena la mort du malade.

OBSERVATION XIII. — Hettich. *Wurtemberg. Corresp.* Bl. Nr. 29, 1851.

Homme de 69 ans, robuste, et se trouvant dans d'excellentes conditions, mais atteint de régurgitations depuis vingt à trente ans.

Après sa mort, on trouva que le pharynx, à l'endroit où il se continue avec l'œsophage, se divisait en un double canal : l'un, plus étroit, formait l'œsophage proprement dit ; l'autre, plus large, se composait des mêmes membranes que l'œsophage, descendait parallèlement à lui et se terminait en cæcum.

OBSERVATION XIV. — Braun. *Wurtemberg. Corresp.* Bl. Nr. 16, 1852.

Homme de 75 ans ; un diverticule de la grosseur du poing d'un enfant amena sa mort.

OBSERVATION XV. — Cruveilhier. *Traité d'anatomie patholog. génér.* t. II, p. 852, 1852.

Cruveilhier dit avoir vu plusieurs fois une dilatation partielle, une espèce de jabot, naître d'un point de la circonférence de l'œsophage. C'était un sac œsophagien oblong, conoïde, qui communiquait largement avec l'œsophage. Dans un cas, le sac était constitué par la membrane muqueuse qui avait fait hernie à travers la membrane musculaire.

OBSERVATION XVI. — Coffin. *Bulletin de la Société anatomique de Paris* (année 1857, page 275).

C'est une femme de 58 ans, morte à l'hospice de la Salpêtrière.

Cette femme avait éprouvé, à plusieurs reprises, des maux de gorge et de la difficulté d'avaler. Rien ne paraissait expliquer ce phénomène. Elle mourut. A l'autopsie, on trouva une poche longue d'un décimètre environ. Les parois de cette poche étaient formées par la membrane muqueuse du pharynx. Vers le milieu de la face antérieure de la poche, on voyait l'œsophage s'ouvrir par un orifice étroit, ne présentant ni induration, ni rétrécissement, ni anneau fibreux qui pussent faire croire à une dilatation dépendant d'une accumulation de matières au-dessus d'un obstacle.

OBSERVATION XVII. — Fridberg. *Ueber Oesophagusdivertikel Diss.* Giessen, 1867.

Homme de 60 ans. Diverticule de plus de 8 centimètres de long, qui causa la mort du malade.

OBSERVATION XVIII. — Ogle. *Transactions of the Path. Society*, 1865-66.

Homme de 63 ans. Diverticule.

OBSERVATION XIX. — Berg. *Diss.* Tübingen, 1868.

Homme de 65 ans, dont la mort fut déterminée par un diverticule long de 9 centimètres.

OBSERVATION XX. — Betz. *Memorabilien*, XVII, 10, 1872.

Homme de 49 ans. Diverticule de 6 centimètres de long.

OBSERVATION XXI. — Klob. *Wien. med. Wochenschr.*, 1875, nr. 11.
Diverticule de la grosseur d'un œuf d'oie.

OBSERVATION XXII. — Kunze. *Lehrb. d. Prakt. Med.* 3, Aufl. 1877, I Bd.

Homme mort par suite d'un diverticule de la grosseur du poing d'un enfant.

OBSERVATION XXIII. — Zenker. *Handb. der spec. Pathol.*, t. VII, 1 anhang, 1878.

Homme de 75 ans ; diverticule de la grosseur d'un pois.

OBSERVATION XXIV. — Zender, *loc. cit.*

Homme de 45 ans, chez qui l'autopsie montra un léger soulèvement en dehors de la paroi du pharynx.

OBSERVATION XXV. — Zenker, *loc. cit.*

Homme de 59 ans. Diverticule de la grosseur d'une noisette.

OBSERVATION XXVI. — Zenker, *loc. cit.*

Homme de 77 ans. 2 ans avant sa mort, le malade était encore vigoureux et solide pour son âge. Il fut en ce moment traité pour des symptômes légers de rétrécissement de l'œsophage. La sonde parfois pénétrait jusqu'à l'estomac sans trouver d'obstacle, d'autres fois, au contraire, elle s'engageait dans une poche qui paraissait siéger près du pharynx. Cet homme mourut d'une pneumonie.

Autopsie. — Le pharynx se terminait en bas en un cul-de-sac pyriforme, long de 8 centimètres et large de 5 centimètres. L'œsophage débouchait à la partie supérieure de ce sac par une ouverture étroite et située un peu sur le côté. La dissection montra très bien que le sac passait entre les faisceaux les plus inférieurs du constricteur du pharynx ; quelques-uns même des plus inférieurs de ces faisceaux recouvraient en avant le collet du diverticule. Sur le côté et dans une étendue de 2 centimètres et en arrière sur la ligne médiane, dans une étendue de 1 centimètre et demi, le collet était encore recouvert par les fibres du constricteur. Plus loin sur tout le reste de la surface du diverticule on ne trouva point de fibres musculaires.

OBSERVATION XXVII. — Sandhal. *Hygiea*, 1878.

Femme de 74 ans, morte dans le marasme après avoir présenté pendant 15 ans des troubles de déglutition, des régurgitations.

Autopsie. — Un diverticule s'ouvrait dans le pharynx par un orifice de 2 centimètres de diamètre, situé en arrière et un peu à gau-

che, à la hauteur du bord inférieur du cartilage cricoïde. Ce sac, long de 6 centimètres, était tapissé intérieurement d'une muqueuse lisse, sous laquelle se trouvait une tunique musculaire comme à l'œsophage.

OBSERVATION XXVIII. — Berkhan. *Berlin. klin. Woch.* n° 41, mars 1889, et *Rev. Hayem. T.* XXXIV.

Homme de 52 ans, pris sans cause appréciable, à l'âge de 38 ans, de gêne de la déglutition qui crut graduellement. Au bout d'une année, il ne pouvait plus avaler que des liquides ; les aliments solides étaient régurgités plus ou moins rapidement. En même temps était apparue au-dessus de la fourchette sternale, en avant du sternomastoïdien, une tumeur sacciforme de la grosseur d'une noix. La compression de cette tumeur faisait remonter les liquides dans la bouche.

Pour éviter la pénétration de la sonde œsophagienne dans le diverticule, Berkhan pratiqua le cathétérisme avec une bougie conique de gutta-percha qu'il recourba à son extrémité. Peu à peu il parvint à enfoncer l'instrument de plus en plus profondément. Le traitement entier consista en 71 séances de cathétérisme réparties dans l'espace de 4 mois.

44 ans plus tard, Berkhan a revu son malade. Le pain sec est le seul aliment qui soit dégluti avec quelque difficulté. L'ingestion des boissons se fait un peu lentement, en s'accompagnant d'un glouglou perceptible sans stéthoscope.

OBSERVATION XXIX. — Rosenthal. *Berlin. Klin. Wochensch.* n° 52, décembre 1890.

Homme de 40 ans, syphilitique invétéré. Cet homme avait l'habitude de porter des cols si étroits que sa face était toujours livide et sa parole contrainte. Malgré une mastication soignée, dès qu'il avait avalé 2 ou 3 bouchées on sentait au côté gauche du cou une tumeur de la grosseur d'une orange. Alors l'homme se levait et comprimait avec les doigts le diverticule pour le vider. Lorsqu'il inclinait fortement la tête à gauche, la déglutition était plus facile. L'haleine du malade était d'une fétidité telle que sa femme n'habitait pas la même pièce.

OBSERVATION XXX. — W. Whitehead. *The Lancet*, janvier 1891. n° 1.

La malade, femme mariée, commença vers l'âge de 49 ans à avoir de la difficulté pour avaler. Au mois de novembre 1882, huit ans plus tard, la déglutition était devenue presque impossible et la malade vint trouver M. Whitehead. Elle ne pouvait alors avaler aucun aliment solide ; les liquides eux-mêmes étaient rejetés. L'état de cette femme était si pitoyable, que la gastrostomie apparut comme la seule ressource capable de prévenir une mort prochaine par inanition. L'opération fut donc faite. La guérison fut rapide et complète.

Pendant 2 ans, la malade s'alimenta systématiquement par sa fistule gastrique, et sa santé fut excellente. En fait, convaincue que ses anciens troubles dysphagiques avaient disparu, elle se mit peu à peu à prendre de la nourriture par la bouche. Pendant plusieurs mois, elle ne ressentit rien d'anormal, mais bientôt et tout d'abord presque insensiblement sa déglutition devint moins facile et les symptômes d'autrefois se présentèrent de nouveau. Elle mourut en janvier 1888, sans que l'obstruction de l'œsophage fût redevenue complète.

Autopsie. — A l'origine de l'œsophage, au niveau du constricteur inférieur, on trouva une poche énorme mesurant 7 centimètres et demi de long et 3 de large. Cette poche, tombant en bas entre l'œsophage et la colonne vertébrale, paraissait être formée aux dépens de la paroi postérieure de l'œsophage et renfermer les mêmes tuniques.

OBSERVATION XXXI. — Chavasse. *The Lancet*, p. 196. 1891. T. I.

Homme de 49 ans, ayant présenté des symptômes dysphagiques depuis 10 ans. Emaciation très grande. On pratique la gastrostomie. Mort 2 jours après, par suite de pneumonie et d'épuisement.

L'autopsie révèle un diverticule postérieur, mesurant 10 centim. de profondeur et 8 cent. et demi de largeur et ayant une capacité de 180 cent. cubes.

Ce sac offre une paroi aussi épaisse que celle de l'œsophage, mais ne présente de fibres musculaires que sur son collet.

OBSERVATION XXXII. — Kocher. *Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte* n° 8, avril 1892, et *Revue Hayem*. T. XL.

Homme de 35 ans, faisant remonter les premiers troubles dysphagiques à l'âge de 16 ans, où on lui prescrivit, pour une affection fébrile, deux vomitifs coup sur coup sans aucun résultat.

A 22 centimètres de l'arcade alvéolaire supérieure, obstacle infranchissable pour la sonde œsophagienne. Corps thyroïde développé. Pas de trace de tumeur, ni même de voussure extérieure.

Opération le 4 août 1891. — Incision étendue du bord supérieur du cartilage thyroïde à la clavicule et croisant le bord antérieur du sterno-mastoidien. Ce muscle est sectionné en travers, à 3 centimètres au-dessus de son insertion. Double ligature et section de l'artère thyroïdienne inférieure. Incision de l'aponévrose cervicale profonde. En enfonçant le doigt entre l'œsophage et la trachée, jusqu'en arrière de la fourchette sternale, on sent enfin un sac accolé contre la paroi postérieure de l'œsophage, qu'il refoule en avant et aplatit. Après ligature des vaisseaux qui rampent à sa surface, on peut attirer ce diverticule qui forme un appendice en forme de bourse, long de 7 centimètres, large au maximum de $5\frac{1}{2}$, à parois épaisses, suspendu à l'œsophage, derrière le cartilage cricoïde, par un pédicule de 1 cent. $\frac{1}{4}$ de diamètre. Application d'une ligature provisoire autour du pédicule du sac ; section circulaire de ses tuniques adventices, double ligature de sa muqueuse qu'on sectionne dans l'intervalle avec le thermocautère, enfin suture circulaire des deux tuniques externes sur le moignon de la muqueuse. Gaze iodoformée sur le pédicule, suture de la plaie.

Apyrexie. Lavements alimentaires. Le troisième jour, on enlève les points de suture. Par la bouche le malade ne prend qu'un peu d'eau stérilisée. Le cinquième jour ablation du tampon d'iodoforme. Dès le lendemain, le malade ayant avalé un peu de lait, celui-ci apparaît dans la plaie ; mais cet accident cesse à partir du onzième jour. Suppuration dans la profondeur, persistant encore le vingt-cinquième jour à la sortie de l'hôpital.

Six mois plus tard, cet homme peut manger de tout sans douleur ni régurgitation. Une olive de 16 ^{mm} franchit avec un peu d'effort, mais sans douleur ni hémorragie, le point sur lequel a porté l'opération.

OBSERVATION XXXIII. — Kocher, *loc. cit.*

Homme bien portant, jusqu'il y a huit ans, où il commença à éprouver de la gêne à avaler. Opération le 12 mars 1892.

Incision verticale à trois travers de doigt de la ligne médiane, au niveau des deux tiers inférieurs du cou. Section partielle du sterno-mastoidien.

Incision de l'aponévrose profonde au-dessus de la thyroïdienne inférieure.

Diverticule visible dans l'étendue d'une noix ; on l'isole par en bas, et après de nombreuses ligatures, on met à découvert un sac cylindrique de 7 centim. de long, un peu rétréci près du pédicule qui a trois centimètres de diamètre. Le dégagement du pédicule n'est possible qu'après une section circulaire des fibres du constricteur inférieur gauche. Alors apparaît la paroi profonde du diverticule accolée aux parois postérieure et gauche de l'œsophage, à la hauteur du cricoïde. Section avec le thermocautère du diverticule entre deux ligatures. Après avoir étreint le pédicule dans une ligature, Kocher, à l'aide d'une suture continue, l'invagine et le recouvre avec les parois œsophagiennes. Suture des fibres musculaires des constricteurs avec les couches de tissu conjonctif sus-jacentes ; fermeture de la plaie, avec introduction d'un gros drain à petit orifice. Le deuxième jour, ablation du drain ; au bout de 48 heures, enlèvement des sutures. Plaie entièrement réunie par première intention.

Durant les cinq premiers jours, alimentation rectale et injections sous-cutanées d'eau salée pour apaiser la soif.

L'examen de ce diverticule révèle dans les parois épaisses de 6 à 7 millimètres l'existence de trois couches distinctes : muqueuse, sous-muqueuse et tunique fibro-conjonctive formant à elle seule la moitié de l'épaisseur totale. La sous-muqueuse n'existe que par place. Absence complète de fibres musculaires striées.

OBSERVATION XXXIV. — Butlin. *Roy. med. and Surg. Society*. Séance du 25 avril 1893. — *Brit. med. Journal*, 29 avril 1893.

M. Butlin. — J'ai enlevé chez un malade une poche œsophagienne ; pour cela, j'ai fait une incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche. J'ai sectionné l'omohyoïdien et l'artère thyroïdienne supérieure ; j'ai écarté le paquet carotidien ; je pus facilement isoler la poche des tissus voisins et j'ai suturé l'œsophage à la soie. L'opération est beaucoup plus facile qu'on ne le pense. Le malade a guéri sans complication.

OBSERVATION XXXV. — Personnelle. — Inédite. — Complétée à l'aide des renseignements donnés par M. le Professeur Dubrueil et des notes de M. Cadilhac, interne des hôpitaux.

W... Michel, 71 ans, cordonnier, entre le 25 août 1892, à l'hôpital suburbain de Montpellier, salle Delpech, service de M. le Professeur Dubrueil.

Le malade n'accuse pas d'antécédents morbides. Il a toujours eu une bonne santé. C'est au mois de février 1892 seulement qu'il commença à éprouver de la difficulté pour avaler. Les troubles de déglutition, d'abord légers, s'accrochèrent bientôt et le malade se mit à maigrir. Lorsqu'il entre à l'hôpital, il est très émacié, très affaibli. L'aphagie est presque complète. La plupart des aliments sont rejetés, principalement les liquides ; les pâtées paraissent être le moins difficilement avalées. Pas de douleurs spontanées. On ne constate point de tuméfaction au cou ; on ne sent aucune tumeur. La sonde ne peut pénétrer dans l'œsophage : elle est brusquement arrêtée au fond d'une poche au-dessous du larynx. Le malade refuse toute intervention chirurgicale et ne tarde pas à succomber.

Autopsie. — On découvre entre la colonne vertébrale et l'œsophage, à la hauteur des premiers anneaux de la trachée, une poche présentant la forme d'un ovoïde un peu aplati et mesurant environ 5 centimètres dans son plus grand diamètre. Cette poche communique largement avec le pharynx, qu'elle semble continuer directement. L'œsophage ne présente la trace d'aucune lésion pathologique ; il semble seulement un peu rétréci vers son extrémité supérieure ; il s'ouvre dans le pharynx par un orifice situé en avant au niveau du bord supérieur de la poche, à la hauteur du cartilage cricoïde.

Une dissection attentive montre que dans le cas qui nous occupe nous avons affaire à une hernie ou plutôt à une protrusion des tuniques internes du pharynx (muqueuse et cellulo-fibreuse), entre le bord inférieur du constricteur inférieur et le bord supérieur du plan musculaire de l'œsophage. Aucune couche de fibres musculaires striées n'apparaît dans la structure de la poche, dont les parois sont constituées très manifestement de trois tuniques successives : 1° une muqueuse lisse qui se continue sans ligne de démarcation avec la muqueuse du pharynx ; 2° une tunique cellulo-fibreuse, inséparable de la muqueuse ; 3° enfin une troisième tunique, plus épaisse à elle seule que les deux autres. Cette dernière couche, constituée d'un tissu fibro-conjonctif dense, serré, s'est développée aux dépens du tissu fibro-élastique qui entoure l'œsophage et qui s'est épaissi au niveau de la poche en s'y accolant intimement. Ces trois tuniques très adhérentes entre elles forment ainsi une paroi solide, résistante, dont l'épaisseur égale celle des parois de l'œsophage.

B. — Diverticules pharyngiens latéraux

OBSERVATION XXXVI. — Mayr. *Jahrb. der Kinderheilkunde*. Bd IV, 1861.

Enfant de 6 ans, porteur d'une double fistule branchiale complète. Un diverticule aboutissant à l'orifice supérieur d'une fistule et situé sur les parties latérales du pharynx, provoquait en se remplissant de salive, de mucus et de substances alimentaires liquéfiées et en se distendant, de dangereux accidents de dysphagie; d'aphagie et de régurgitation.

OBSERVATION XXXVII. — Heusinger, in Gass. *Essai sur les fistules branchiales*. Thèse de Strasbourg, 1867.

Vieillard de 67 ans. Depuis son enfance, il est atteint vers la fin de ses repas de régurgitation des substances ingérées, qu'il est obligé de mâcher et d'avalier une seconde fois. Cet état de choses ne l'incommodait guère; mais, il y a un an environ, il éprouva un sentiment d'oppression, qui n'a pas cessé d'augmenter depuis, et qui en ce moment est devenu intolérable. Peu après les repas, il éprouve de l'anxiété; il est oppressé et respire difficilement. Ces symptômes ne disparaissent que lorsqu'il est parvenu, après des vomiturations aussi répétées que pénibles, à se débarrasser des aliments exhalant une odeur très fétide. Il se sent alors soulagé, mais faible et fatigué. Je pensais qu'en introduisant une sonde œsophagienne d'un gros calibre, je pourrais pénétrer dans un diverticule. Mais celle-ci s'engagea sans trouver grand obstacle dans l'estomac.

Rendu attentif par l'odeur, je saisis avec les doigts l'ouverture supérieure du pharynx et je tombai du côté droit, dans un sac situé tout près de la base de la langue. A l'aide de deux doigts introduits dans ce sac, je pus extraire une masse d'aliments.

Ce sac était évidemment situé à l'endroit où siège d'habitude l'orifice fistuleux interne.

OBSERVATION XXXVIII. — Wheeler. *The Dublin Journ. of. med. science*, t. LXXXII, 1886.

Homme âgé de 57 ans. Doué d'une voix très puissante, le malade, ancien capitaine, l'exerçait encore chaque jour, même après avoir quitté le service militaire. C'est en automne 1884 que se manifestè-

rent les premiers symptômes de l'affection. Impossible de rester couché un certain temps dans la même position sans éprouver une sensation d'étouffement très pénible ; violents accès de toux, en passant du décubitus dorsal à la station assise ; enfin difficulté extrême de la déglutition, ne permettant le passage que d'aliments très divisés, et régurgitations consécutives : tels furent les principaux troubles fonctionnels observés par le malade. En même temps, il vit apparaître dans la région sous-maxillaire droite, devant le sternomastoïdien, une petite grosseur, proéminente en avant, sujette à des variations irrégulières de volume. Cette grosseur, continuant toujours à s'étendre, dépassa bientôt en haut la branche de la mâchoire, en bas le cartilage thyroïde. Elle était parfaitement mobile sous la peau et sur les parties profondes, et son bord antérieur très mince semblait être immédiatement sous-cutané. Elle rendait à la percussion un son tympanique.

Opération. — Une incision est conduite obliquement en bas et en dehors, dans la direction des fibres du peaucier, depuis la partie moyenne du bord inférieur du maxillaire, jusqu'au-dessous du cartilage thyroïde. La tumeur, séparée avec précaution du peaucier et des muscles voisins, présente une paroi d'une extrême minceur. Un orifice pratiqué en son point culminant, donne issue à une grande quantité d'air et en produit l'affaissement immédiat. Cet orifice étant élargi et ses deux lèvres écartées, la cavité pharyngienne se trouve mise à nu. L'ouverture par laquelle la tumeur s'était fait jour, semble limitée en haut par le constricteur supérieur, en bas par le constricteur moyen, en arrière par le stylopharyngien et en avant par le staphylopharyngien. La muqueuse du pharynx se continue avec celle de la tumeur qui, dès lors, devrait prendre le nom d'anévrisme herniaire du pharynx. La muqueuse pharyngienne est incisée sur une grande étendue, depuis le niveau de la mâchoire jusqu'à l'extrémité inférieure de la portion dilatée. En ce dernier point, on découvre une poche remplie de particules alimentaires, située derrière l'œsophage et représentant à peu près les dimensions d'une noix. On réussit à extirper cette poche après élévation préalable de la partie inférieure du pharynx. Suture des parois de ce conduit, puis des muscles et du peaucier, enfin de la peau, en ménageant des ouvertures pour les drains. Guérison rapide.

OBSERVATION XXXIX. — Von Bergmann. Société de médecine berlinoise. Séance du 5 novembre 1890. *In Mercredi médical*, 1890, p. 584.

Von Bergmann. — J'ai observé une femme de 40 ans, bien portante du reste, qui dès l'âge de deux ans avait subi une opération marquée par une cicatrice parallèle au sterno-mastoïdien, au-dessous de l'os hyoïde. Il y avait là, paraît-il, une fistule quine tarit qu'après plusieurs interventions. Lorsque je la vis, elle présentait une dysphagie intense ; au commencement du repas, elle avalait bien, mais peu à peu un obstacle se créait et il survenait des régurgitations. Je diagnostiquai un diverticule qui, rempli, comprimait l'œsophage. Je songeai à opérer. Mais d'abord, il fallait des renseignements précis sur le siège du diverticule. Or la malade disait que pour cathétériser l'œsophage avec succès il fallait que le bec de la sonde suivit la paroi droite du pharynx. Je conclus donc à une poche latérale gauche et j'entrepris son extirpation, par une grande incision parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Il fallut lier la veine faciale, des veines thyroïdiennes supérieures et l'artère correspondante. Le nerf laryngé supérieur côtoyait la poche et fut réséqué. Après ablation de la poche, l'orifice pharyngien fut suturé, mais la plaie externe fut laissée ouverte et tamponnée à la gaze iodoformée. Au 3^e jour, on laissa la malade boire un peu d'eau, puis un peu de lait ; la sonde œsophagienne ne put être laissée à demeure parce qu'elle provoquait des vomissements ; au 8^e jour, le tamponnement fut changé et il y eut alors une petite fistule. Mais aujourd'hui la guérison est à peu près complète.

Anatomie pathologique. — Nous n'avons que peu de notions sur l'anatomie pathologique des diverticules latéraux dont il n'existe aucun examen nécropsique. Les cas de Wheeler et de Bergmann nous apprennent seulement que leur paroi est mince et tapissée intérieurement d'une muqueuse lisse.

Nous envisagerons donc, dans notre description, principalement les diverticules dorsaux, tout en faisant à l'occasion ressortir les particularités qui s'appliquent à chaque catégorie.

On n'a jamais rencontré qu'un seul diverticule sur le même malade.

Les dimensions de ce diverticule peuvent être très variables, oscillant entre le volume d'une noisette et celui d'un tête d'enfant. Tantôt c'est une simple fossette plus ou moins profonde, de la grandeur d'un pois à celle d'une noix ; tantôt c'est un large sac appendu à la paroi postérieure du pharynx et tombant entre le rachis et l'œsophage jusque dans le médiastin.

La forme de ces sacs est sujette à de grandes variations. Elle se rapproche tantôt de celle d'une boule, tantôt de celle d'un cylindre arrondi à son extrémité inférieure ; quelques-uns présentent un aspect plus ou moins pyriforme avec un collet plus ou moins rétréci. On a vu des diverticules atteindre une longueur de 13 centimètres et une largeur de plus de 8 centimètres. Leur paroi est généralement solide et résistante. Elle offre à peu près l'épaisseur des parois de l'œsophage, ce qui probablement a fait dire à quelques auteurs qu'elle est constituée des mêmes tuniques. Cependant les descriptions les plus complètes dues aux observateurs les plus scrupuleux, s'accordent à nous représenter cette paroi comme composée seulement d'une muqueuse, d'une sous-muqueuse et d'une tunique externe de tissu fibro-conjonctif condensé. La muqueuse tantôt normale, tantôt épaissie, est une dépendance de la muqueuse pharyngienne dont elle partage les caractères. Elle est quelquefois ulcérée ou légèrement granuleuse, par suite d'une hypertrophie papillaire. La sous-muqueuse ou tunique cellulo-fibreuse a la même provenance que la muqueuse à laquelle elle est intimement accolée et qu'elle suit partout.

La tunique externe tire son origine du tissu conjonctif lâche qui environne l'œsophage et qui se condense au niveau du diverticule en lui formant une enveloppe fibreuse. Cette dernière couche est généralement la plus épaisse. Quant à la couche musculaire, elle fait totalement défaut, où bien elle n'apparaît que sur une petite étendue au niveau du collet du sac.

Il résulte des observations les plus précises que le diverticule

s'est formé par une protrusion de la muqueuse entre les faisceaux les plus infimes du constricteur inférieur et le bord supérieur de la couche musculaire de l'œsophage. Il s'agit, comme on l'a dit, d'une hernie de la muqueuse, d'une pharyngocèle.

Dans le cas où l'on trouve une enveloppe musculaire sur le collet du sac, elle est constituée par les faisceaux du constricteur inférieur ou encore par quelques fibres annulaires ou même longitudinales de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

Le revêtement musculaire de cette partie du sac s'explique très bien, si l'on admet que le diverticule agrandi et devenu pesant, a entraîné et attiré les parties avoisinantes ou même que son orifice s'est élargi aux dépens des parois de l'œsophage et du pharynx.

Existe-t-il des diverticules dorsaux ou rétro-pharyngiens pourvus d'une tunique musculaire complète? Quelques auteurs l'ont pensé et ont voulu établir deux catégories de diverticules qui, semblables quant à la forme, au siège et à tous les autres caractères, se différencieraient seulement par la présence ou l'absence d'une tunique musculaire dans leur paroi. Ils ont cherché à expliquer cette distinction par des différences dans leur mode de formation. Ils regardent notamment les diverticules à tunique musculaire comme d'origine congénitale. Nous pensons, avec Zenker et Ziemssen, que cette distinction n'est pas fondée et croyons que tous les diverticules dorsaux sont identiques tant au point de vue anatomique que pathologique.

Quelques observateurs (4 seulement, Ludlow, Hettich, Sandhal, Whitehead) ont annoncé, sans doute, la présence d'une tunique musculaire dans les parois du sac; mais ils l'ont fait en termes généralement peu précis, se bornant à dire que le sac était composé des mêmes tuniques que l'œsophage, sans fournir de détail sur leur disposition ou leur structure. Les descriptions les plus complètes, appartenant aux auteurs les plus

consciencieux (Ch. Bell, Rokitansky, Worthington, Cruveilhier, Coffin, de la Société anatomique, Ogle, Zenker, Chavasse, Kocher), sont, au contraire, absolument négatives sur la présence de cette tunique musculaire. Dans le cas observé par nous-même, on voit très nettement que la couche musculaire pharyngo-œsophagienne présente une solution de continuité à travers laquelle font hernie les tuniques internes du pharynx. Signalons, en outre, que dans deux cas où l'existence d'une tunique musculaire complète avait été hautement affirmée et qui ont pu être soumis à un examen de contrôle, la description qu'en avaient donnée les premiers observateurs, a été reconnue totalement fausse. Ainsi, le cas de Fridberg. L'auteur présentait son diverticule comme constitué des mêmes tuniques que l'œsophage : « La couche musculaire, ajoutait-il, est modérément développée et les faisceaux, disposés assez régulièrement, entourent le sac tout entier. » Zenker a pu examiner la pièce en question, et de son examen il résulte qu'ici, comme dans les autres cas, la muqueuse passe d'une façon visible entre les faisceaux les plus inférieurs, écartés du constricteur. Deux faisceaux de ce muscle seulement descendent un peu sur le collet du sac, qu'ils recouvrent dans une petite étendue. Sur tout le reste de la paroi, on ne trouve aucune trace de faisceau musculaire. Il a pu constater également que ce diverticule tire son origine du pharynx et non de l'œsophage, comme l'indique Fridberg.

Dans le cas de Marx (obs. III), où le sac avait été d'abord désigné comme formé des mêmes tuniques que l'œsophage, l'examen qu'en a fait Kœnig et la description qu'il nous en a donnée, nous montrent que la partie supérieure seule du sac est traversée dans une étendue variant de 3 à 6 centimètres, par des faisceaux musculaires du constricteur et aussi de l'œsophage. Nous devons faire remarquer qu'il s'agit, dans ce cas, d'une énorme poche descendant au-dessous de la bifurcation

de la trachée et communiquant avec le pharynx par un orifice de 3 centimètres et demi. On comprendra facilement, dès lors, que les fibres musculaires œsophago-pharyngiennes, dissociées et écartées, aient pu être entraînées et suivre les parois du sac dans leur dilatation. Il est donc impossible de ranger ce sac dans la catégorie des diverticules à tunique musculaire, ainsi que le font la plupart des auteurs. L'opinion toute théorique, émise à cette occasion par Kœnig, que la couche musculaire, d'abord étendue à toute la paroi, pourrait en disparaître sur certains points par atrophie ou par défaut d'usage, ne nous paraît pas justifiée. De même, l'assertion de Klebs, que la plupart des petits diverticules contiennent toutes les tuniques de l'œsophage, n'est pas fondée : elle est contredite, de plus, par les observations très précises de Zenker.

Après cela, il nous sera permis de garder des doutes sur les quelques cas où l'on a signalé une tunique musculaire, comme par exemple sur le cas de Kühne (observ. VIII), où il est dit que la tunique externe du sac « était parcourue par des faisceaux musculaires très importants, qui passaient de l'œsophage par-dessus le sac » : ce qui certainement n'indique pas une couche musculaire continue. D'autres observations sont moins probantes encore, parce qu'elles ne donnent aucune description précise.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

On ne peut faire que des hypothèses sur l'étiologie et la pathogénie des diverticules. Le plus souvent, les malades n'ont pu assigner une cause certaine à leur affection, qui a mis plusieurs années à se développer.

Quelques observations très complètes nous fournissent cependant sur ce sujet des indications précieuses. Elles insistent avec tant de précision sur un mode de développement tout à fait vraisemblable et rationnel, qu'elles peuvent nous servir de base pour notre démonstration.

Telle est donc la loi qui semble présider à la formation des diverticules, et que Zenker et Ziemssen ont très nettement posée.

Un point limité de la paroi pharyngienne vient, à la suite d'une cause quelconque, à perdre l'appui des faisceaux musculaires qui lui servent de soutien. Il ne peut plus, dès lors, résister à la pression qui s'exerce intérieurement pendant l'acte de la déglutition. Le bol alimentaire, comprimé sous l'action des muscles pharyngiens, presse avec force sur ce *locus minoris resistentiæ*, qui cède et se déprime. La même impulsion se répétant à chaque déglutition, la muqueuse pharyngienne, d'abord simplement déprimée, se creuse de plus en plus jusqu'à former un véritable diverticule, où les aliments peuvent s'introduire et séjourner même après le repas. Le diverticule chargé de masses alimentaires est attiré en bas par l'action de la pesanteur, et devient, avec le temps, une de ces grandes poches qui pendent entre l'œsophage et la colonne vertébrale.

Ces poches distendues d'aliments repoussent nécessairement l'œsophage en avant, et le compriment de telle sorte, que la cavité diverticulaire devient le prolongement direct de celle du pharynx. Tous les ingesta tombent alors dans le sac, tandis que l'œsophage comprimé, dont l'orifice est déplacé, refuse passage à toute nourriture.

Quant aux causes immédiates qui peuvent déterminer la formation de ce *locus minoris resistentiæ*, en privant un point de la paroi du soutien naturel de sa tunique musculaire, voici ce que les observations faites jusqu'à présent permettent de

penser. Au moment où le bol alimentaire, ou le corps étranger qui vient de tomber dans le pharynx, est enserré et comprimé avec force par les muscles pharyngiens, quelques fibres musculaires peuvent être écartées et distendues, et livrer ainsi passage à la muqueuse repoussée.

C'est ainsi qu'une fois un noyau de cerise se fixa dans le pharynx, où il resta trois jours avant d'être expulsé (cas de Ludlow). Une autre fois, c'est un grain de poivre qui y demeura huit jours. Une troisième fois, c'est une croûte de pain ou un os de poulet (Kühne).

Ce mode de formation paraît avoir été le plus fréquent. Le cas de Ludlow, notamment, ne laisse pas de doute à cet égard.

Un traumatisme peut aussi déterminer la rupture de quelques faisceaux musculaires. Il en aura été sans doute ainsi dans le cas de Fridberg. Il a trait à un officier qui tomba de cheval pendant une manœuvre, et resta 24 heures sans connaissance. Immédiatement après l'accident apparut une tumeur entre le sterno-mastoïdien et la trachée. Quand le malade voulut prendre des aliments, il éprouva de la difficulté pour avaler. La tumeur, de nature hémorragique, et inflammatoire sans doute, disparut graduellement; mais la gêne de la déglutition ne fit que s'accroître, et le diverticule se développa peu à peu avec toutes ses conséquences. L'apparition immédiate des troubles dysphagiques et la formation du diverticule s'expliquent très bien, si l'on admet une rupture des muscles du pharynx.

Les faisceaux musculaires peuvent être intéressés de bien d'autres façons. Ainsi, dans un cas, l'affection se développa après que le malade se fût brûlé la gorge avec un morceau de viande trop chaud. Dans un autre cas, le malade accusa une arête de poisson, qui s'arrêta dans le gosier, et dut y produire une blessure interne.

On peut faire beaucoup d'autres suppositions. Nous ne faisons ressortir que celles qui sont basées sur l'observation.

La formation du diverticule sera favorisée, s'il existe préalablement un rétrécissement de l'extrémité supérieure de l'œsophage, parce qu'alors le bol alimentaire, arrêté au-dessus du point rétréci, n'en pressera que plus fort sur le point faible de la paroi. Mais le rétrécissement ne pourra jamais être considéré que comme une cause secondaire s'ajoutant à une prédisposition déjà existante, car, en lui-même, il ne pourrait déterminer qu'une dilatation circonférentielle.

Dans trois cas, en effet (Gianella, Rokitansky, Worthington), on signale la coexistence avec le diverticule d'un rétrécissement de l'extrémité supérieure de l'œsophage. On peut se demander, dans ces cas, si le rétrécissement a été primitif, ou seulement consécutif au diverticule.

Dans le cas de Gianella, la dysphagie avait existé dès la première jeunesse ; de sorte qu'on est en droit de penser à un rétrécissement congénital.

Dans trois cas (Marx-Kœnig, Rokitansky, Bergmann), un goître volumineux comprimait le pharynx et l'œsophage. Le malade de Rokitansky affirmait que les premières difficultés d'avaler s'étaient montrées en même temps que la tumeur thyroïdienne. Il est bien permis de penser qu'il y eut quelque relation entre le développement des deux affections.

Dans deux cas (Kühne, Rosenthal), les malades attribuaient leur affection à l'habitude qu'ils avaient de porter des cols étroits et serrés. Une telle cause apparaît, en effet, comme parfaitement capable de provoquer l'arrêt du bol alimentaire sous l'action de la pression du larynx en arrière. Un malade de Kocher accusait deux vomitifs qu'on lui prescrivit coup sur coup.

Kœnig a pensé que le diverticule pouvait aussi se former à la suite d'un processus inflammatoire ou d'une paralysie locale de la paroi pharyngienne.

Le plus souvent les malades n'ont pu trouver aucune cause à leur mal, et il n'y a pas lieu de s'en étonner. Les troubles dysphagiques ne doivent pas toujours se manifester immédiatement après l'application de la cause première, et lorsque ceux-ci apparaissent tardivement et que le malade vient consulter le médecin, il a oublié depuis longtemps l'accident primitif ou bien ne voit aucun rapport entre cet accident et la maladie qui semble ne se développer que maintenant. Il ne raconte donc rien.

Les auteurs qui, comme Kœnig, Klebs, admettent l'existence de diverticules dorsaux à tunique musculaire complète, les considèrent comme des formations congénitales qui se sont agrandies peu à peu dans le courant de la vie. Nous avons déjà montré qu'il n'existe pas d'observations suffisamment probantes de tels diverticules. D'ailleurs tant qu'on n'en aura pas trouvé chez des nouveau-nés ou des enfants en bas âge, la théorie congénitale manquera de fondement. Les observations rapportées comme appartenant à des enfants (cas de Monti (1), de Kurz (2), de Mayr) ont reçu certainement une interprétation erronée.

Le cas de Monti, décrit sous le titre de : *Laryngosténose provenant d'un corps étranger enclavé dans un diverticule de l'œsophage*, concerne un enfant de un an. Il s'agit d'un corps étranger (un cachet) enfoncé violemment dans le pharynx où il déterminait une forte ulcération.

Existait-il en outre un diverticule véritable? On ne peut guère en conclure d'après la description souvent obscure. Si un tel diverticule s'y trouvait, certainement il ne devait pas appartenir à l'œsophage, mais au pharynx et pas à sa partie inférieure.

(1) *Jahrbücher für Kinderheilkunde*, page 168, 1875.

(2) *Deutsche Zeitsch. für prat. Medicin.* 1878, N° 48.

Les symptômes dans le cas de Kurz, qui a trait à une petite fille de 3 ans, parlent en faveur d'une dilatation congénitale. Mais on ne peut rien dire de plus, si c'est un diverticule à notre sens, ou si c'est plutôt une de ces dilatations circonférentielles en forme de boule dont nous avons parlé. Il n'y a pas eu d'autopsie dans aucun de ces cas.

Quant au cas de Mayr (Obs. XXXVI), il concerne un enfant de 6 ans, chez qui un diverticule aboutissait à l'orifice supérieur d'une fistule et était situé sur les parties latérales du pharynx. Il s'agit ici très nettement d'un diverticule pharyngien latéral, et l'erreur des auteurs qui l'ont confondu avec les diverticules dorsaux est bien manifeste.

Nous sommes donc amené à parler des diverticules latéraux. Ceux-ci, avons-nous dit, s'ouvrent dans le pharynx, au niveau de la base de la langue, à l'endroit où se trouve d'habitude l'orifice des fistules branchiales. On a dès lors songé à expliquer leur formation par la présence dans la même région de fistules borgnes internes, dont l'existence est aujourd'hui bien démontrée par le cas de Watson (1) et aussi par l'observation bien qu'incomplète de Duplay (2). Ces fistules borgnes forment une dépression en cul-de-sac de la muqueuse pharyngienne et se prêtent parfaitement au développement ultérieur d'un diverticule plus grand. La pénétration de parcelles d'aliments dans leur cavité, la pression qui s'y exerce à chaque déglutition, leur distension lente et progressive par le mucus, la salive, etc., expliquent comment ces dépressions peuvent s'agrandir peu à peu et devenir de véritables poches, comme en ont observé Heusinger, Wheeler et Bergmann. Ces poches peuvent alors provoquer des phénomènes de régurgitation, de la dysphagie et même

(1) *Journ. of anat. and Physiol.*, vol. IX, 1875, p. 134.

(2) *Archives générales de médecine*, t. I, p. 78, 1875.

de l'aphagie par la compression qu'elles exercent sur le pharynx et l'œsophage, et de cette façon elles se rapprochent des diverticules dorsaux dont elles partagent les symptômes et le mode de développement. Ce sont aussi des diverticules par propulsion.

Mais leur pathogénie doit les rattacher aux fistules borgnes internes. Cependant Sarrazin (1), qui n'admet pas l'existence de ces fistules, trouve qu'il est presque aussi naturel de ne voir dans les diverticules latéraux du pharynx qu'une hernie de la muqueuse à travers la couche musculaire. Nous croyons, quant à nous, que les diverticules par propulsion ne peuvent se développer qu'à des endroits prédisposés soit congénitalement, soit anatomiquement. Une hernie de la muqueuse s'applique difficilement sur les parois latérales du pharynx ; nous n'avons plus ici les raisons anatomiques et mécaniques qui existent à la paroi postérieure et inférieure. Les fistules borgnes internes apparaissent au contraire comme le point de départ tout naturel de formations diverticulaires plus grandes. A l'appui de notre opinion, nous ferons remarquer que dans deux des quatre observations publiées, on signale la coexistence de fistules branchiales avec le diverticule.

Pour comprendre la genèse de ces fistules, le siège qu'elles devront occuper en même temps que celui des diverticules formés à leurs dépens, il est nécessaire de se reporter à la période embryonnaire du développement de la face et du cou. Rappelons seulement que sur les côtés du cou de l'embryon humain de quatre semaines, on voit des bourrelets qui s'avancent de la face dorsale vers la face ventrale : ces bourrelets, au nombre de quatre, s'appellent arcs branchiaux ; ils circonscrivent le tube pharyngien, et entre eux se voient des rainures branchiales. Ces rainures existent aussi bien sur la face endo-

(1) Art. Cou, *Dict. Jaccoud*, p. 659.

dermique que sur la face ectodermique. Depuis les travaux de His, la plupart des embryologistes pensent qu'il n'y a pas de communication entre l'intérieur et l'extérieur, pas de fente branchiale, par conséquent, au sens propre du mot, du moins chez l'homme et les vertébrés supérieurs, mais seulement un amincissement membraneux reliant deux arcs branchiaux superposés. Les rainures ou sillons internes sont beaucoup plus accentués que les externes, si bien que His les appelle poches branchiales, surtout la quatrième qui se creuse en une profonde dépression, le *fundus branchialis* de His. Ces rainures ont dans la suite un sort variable : tandis que les rainures ou poches externes disparaissent totalement, les poches internes persistent sous l'aspect de formations qu'on retrouve chez l'adulte. Ce sont précisément, en tant que restes anormaux, les fistules borgnes internes, et à l'état de restes normaux des productions d'un ordre spécial.

La première rainure interne laisse comme reste normal la trompe d'Eustache, qui n'est qu'une fistule borgne interne et comme reste anormal, la fistule de Virchow (1) accompagnée de la persistance du sillon branchial externe et de malformation de l'organe auditif.

La deuxième rainure laisse comme reste normal, la fossette de Rosenmüller, qui peut acquérir des dimensions considérables sous l'influence des efforts expiratoires et devient alors le diverticule de Pertik (2). La troisième rainure est parallèle à la seconde et en est très rapprochée ; ses restes normaux sont peu marqués. La quatrième rainure interne ou *fundus branchialis* de His, s'étend de la base du crâne à l'éminence laryngée et laisse comme reste normal le *sinus pyriformis* des Allemands, ce que nous appelons les gouttières latérales du pharynx. « La trace

(1) *Arch. für path. Anat.* Bd. XXXII, p. 518, 1865.

(2) *Arch. für path. Anat.* Bd. XCIV, p. 1, 1883.

du *fundus branchialis* correspond nécessairement chez l'adulte à une ligne étendue du crâne à l'orifice du larynx, et c'est sur cette ligne qu'on trouvera l'ouverture profonde des fistules de la quatrième fente branchiale.» [Lannelongue et Ménard (1)]

Il résulte de cela que les rainures branchiales sont très rapprochées, du moins dans leur partie postérieure ou dorsale, si bien qu'il est souvent impossible de dire à laquelle appartient une fistule donnée. De là provient aussi la contradiction des auteurs dans leurs indications, chacun attribuant à une rainure différente une même fistule branchiale.

Quoi qu'il en soit, l'orifice interne de ces fistules a dans le pharynx un siège constant, vers la région amygdalienne et la base de la langue. Il a été vu sur le cadavre par Neuhöfer, par Heusinger, par Watson. Neuhöfer (2), à l'autopsie d'un sujet porteur de deux fistules branchiales complètes, trouva les orifices internes au voisinage de la grande corne de l'os hyoïde, celui du côté droit en arrière du muscle staphylopharyngien, celui du côté gauche en avant de ce muscle. La fistule borgne interne de Watson (3) présentait une ouverture très étroite, longue de quatre millim., située sur le pilier postérieur du voile du palais, derrière l'amygdale. Lannelongue a vu dans deux cas la fistule aboutir par son extrémité profonde sur un point du pharynx correspondant au bord supérieur du cartilage thyroïde.

C'est exactement dans la même région que se trouve l'orifice des diverticules latéraux. Dans le cas de Heusinger (obs. XXXVIII) il paraissait situé près de la base de la langue sur le côté droit. Dans le cas de Wheeler (obs. XXXVIII), il était limité en haut par le constricteur supérieur, en bas par le

(1) *Affections congénitales*. Tête et cou, p. 234, Paris 1891.

(2) Neuhöfer, cité par Gass. Thèse de Strasbourg, 1867.

(3) Watson, *loc. cit.*

constricteur moyen, en avant par le staphylopharyngien, en arrière par le stylopharyngien.

« Les diverticules latéraux se laissent donc rattacher à une cause congénitale; et si on doit les considérer comme diverticules par propulsion quand ils atteignent des proportions considérables, ils n'en ont pas moins à leur première période la valeur morphologique d'une fistule du cou incomplète ou complète. » (Von Kostanecki.)

Mais les diverticules siégeant plus bas dans le pharynx, les diverticules dorsaux, en un mot, peuvent-ils être expliqués de même par des anomalies de formation tombant dans la région des fentes branchiales dont nous venons de parler, c'est-à-dire être considérés comme des fistules borgnes internes dilatées ? Nous ne le croyons pas. Nous ne connaissons pas dans la science un seul cas de fistule complète s'ouvrant à la paroi postérieure du pharynx, à la jonction de l'œsophage et du pharynx.

Cependant Heusinger (1) regardait comme une fistule du cou interne incomplète le diverticule dorsal de Hettich (obs. XIII) « où le pharynx, à l'endroit où il se continue avec l'œsophage, se divise en un double canal, l'un plus étroit est le véritable œsophage, l'autre un peu plus large descend parallèlement à lui, et se termine en cul-de-sac. »

L'erreur se rattachant à ce cas a passé dans d'autres auteurs comme Kœnig, Wernher (2), Fischer (3). Notamment Fischer dit : « Heusinger a trouvé des fistules borgnes internes là où le pharynx se continue avec l'œsophage, c'est-à-dire dans la région où se trouve d'ordinaire l'orifice interne des fistules

(1) *Arch. für Path. Anat.* Bd XXIX, p. 338, et Gass, Thèse de Strasbourg, 1867.

(2) *Handb. der allgem. u. speciel. Chirurgie.* Giessen 1857.

(3) *Deutsche Chirurgie.* Lieferung 34.

complètes ». Ces paroles d'ailleurs ne sont pas d'accord avec celles de Heusinger, qui dit en parlant des fistules du cou : « L'orifice interne se trouve toujours à la base de la langue et ne peut guère du reste se trouver ailleurs ».

En raison de la fixité du siège des diverticules dorsaux à la paroi postérieure du pharynx, certains auteurs ont cru trouver quelque analogie entre les poches œsophagiennes de l'homme et certaines formations diverticulaires que l'on rencontre dans le pharynx de quelques animaux.

C'est ainsi qu'on lit dans Albrecht (1) : « Comme chez différents mammifères, chez le porc, le chameau, l'éléphant, le bœuf quelquefois, on trouve normalement, au même niveau de l'œsophage, un tel diverticule désigné sous le nom de poche pharyngienne (*Rachentasche*) ou *cæcum œsophageum* par les vétérinaires, il est permis de penser que les diverticules par propulsion de l'homme, ont la signification morphologique d'une conformation atavique et doivent tous être rapprochés de la poche pharyngienne qui a dû d'abord appartenir à tous les mammifères. » Kostanecki (2) a parfaitement démontré que cette analogie ne reposait sur aucun fondement. « J'ai eu l'occasion, dit Kostanecki, d'examiner cette poche chez le porc et ne puis partager à aucun point de vue l'opinion d'Albrecht : je suis complètement de l'avis de Kilian, lorsqu'il dit : les piliers postérieurs du palais chez le porc, ne vont pas se terminer en bas sur les parois latérales du pharynx, comme c'est le cas chez l'homme et les singes supérieurs, mais descendent en se rapprochant l'un de l'autre et finissent par s'unir sur la paroi postérieure du pharynx, formant ainsi un anneau complet qui se montre plus ou moins développé chez tous les mammifères.

(1) *Centralblatt für Chirurgie*, 1885, n° 24.

(2) *Arch. für Pat. Anat. und Phys.* Bd. CXVII, p. 108, 1889.

Les bords de cet anneau forment les lèvres de l'orifice de la poche pharyngienne, qui dès lors appartient à l'arrière-cavité des fosses nasales. Cette poche s'étend entre les constricteurs inférieur et moyen qui se recouvrent comme les tuiles d'un toit. Elle forme un sac dans lequel on peut facilement faire entrer le doigt. Elle appartient ainsi à la région nasopharyngienne et se trouve par conséquent en dehors des voies de déglutition. »

Quant aux autres homologues hardies et injustifiées trouvées par Albrecht entre les diverticules de l'homme et du porc et la vessie natatoire des poissons, c'est un sujet sur lequel nous ne pouvons nous étendre ici.

Nous devons cependant mentionner une hypothèse récente de Koenig (1). Koenig pense que pour expliquer les dilatations et les diverticules de l'œsophage, ainsi qu'un certain nombre de retrécissements paraissant congénitaux, il faut accuser des anomalies survenues dans la première période fœtale, alors que le tissu embryonnaire qui servira à former la trachée et l'œsophage ne s'est pas encore différencié. Il suppose que par suite d'une séparation embryonnaire incomplète des tractus respiratoire et digestif au niveau du cartilage thyroïde ou de la bifurcation de la trachée, les adhérences persistant entre les deux conduits pourraient bien, à mesure que l'œsophage s'accroît, donner lieu tantôt à des retrécissements, tantôt à des dilatations en forme de diverticules. Cette hypothèse est en elle-même peu vraisemblable. Mais, en tout cas, elle n'est appuyée sur aucune observation et parfaitement incapable d'expliquer la situation des diverticules justement à la paroi postérieure du pharynx.

Enfin quelques auteurs, tout en admettant l'existence de diverticules dorsaux d'origine congénitale, sont obligés d'a-

(1) *Lehrbuch der Chirurgie*, 1889.

vouer que leur présence à la paroi postérieure du pharynx est totalement inexpiquée et doit reposer sur des processus qui nous sont complètement inconnus.

Nous croyons pour notre part, d'après une observation exacte des faits, que tous les diverticules dorsaux semblables anatomiquement et cliniquement sont des formations acquises et se sont développés suivant la loi que nous avons précédemment posée. Et en cela nous partageons absolument l'opinion de Zenker et Ziemssen.

La fixité du siège de ces diverticules à la paroi postérieure du pharynx, à la jonction de ce dernier avec l'œsophage, est facile à comprendre pour des raisons anatomiques. Car en aucun endroit du canal alimentaire, la couche musculaire n'est aussi peu épaisse qu'en ce point. Les faisceaux les plus inférieurs du constricteur très minces ont une direction transversale et parallèle : ce qui les expose à s'érailler sous la moindre violence ; plus haut ils sont obliques et entre-croisés. De même, il existe à la paroi postérieure de l'œsophage, immédiatement au-dessous du pharynx, un petit espace triangulaire dépourvu de faisceaux musculaires longitudinaux, et par conséquent incapable d'opposer une résistance considérable à une impulsion intérieure. Gillette (1) a depuis longtemps déjà porté la lumière sur la structure de la tunique musculaire de cette région. Il a montré que les fibres de l'œsophage forment deux plans à direction réciproquement perpendiculaire. Le plan circulaire est très mince et le plus profond. Le plan superficiel le plus épais est formé de fibres longitudinales qui s'insèrent à la partie médiane de la face postérieure du cartilage cricoïde et s'épanouissent presque aussitôt en éventail pour embrasser la totalité de l'œsophage. « De cette divergence, il résulte

(1) *Journal de l'anatomie et de la physiologie* de Robin, p. 617, 1872.

que les antérieures sous-jacentes à la trachée, sont verticales dès leur point de départ, que les latérales sont d'abord obliques en bas et en arrière et que les postérieures sont plus obliques encore. Indépendamment de ces fibres à direction rayonnante, il en est d'autres peu nombreuses et très pâles qui se détachent des parties latérales du cartilage cricoïde et qui se portent aussi obliquement en bas et en arrière. Ces faisceaux latéraux sont en général peu développés et si transparents qu'ils laissent voir les fibres circulaires sous-jacentes très minces, et que la couche longitudinale semble ne pas exister immédiatement au-dessous du constricteur inférieur. » [Sappey (1)]

Si cet espace triangulaire possède un soutien musculaire aussi faible, on comprend qu'il doit se prêter facilement à la formation d'une dilatation diverticulaire. Faisons remarquer en outre qu'il se trouve très exposé par sa situation à l'action des causes immédiates. Le pharynx, en effet, forme une dilatation normale au-dessus d'un rétrécissement normal de l'œsophage, dont le calibre est très étroit à son extrémité supérieure, ainsi que l'ont montré Tillaux et Mouton (2). Les corps étrangers et les bols alimentaires volumineux, s'arrêteront donc à ce niveau. Ajoutons que le pharynx est fixé en avant au cartilage cricoïde, dont le corps dur et résistant ne peut se laisser déprimer ni distendre, et la formation des diverticules dorsaux deviendra facile à comprendre.

Un fait digne de remarque, c'est qu'il n'existe que 3 cas de diverticule dorsal chez la femme, parmi les 33 observations où le sexe des malades se trouve indiqué. Un tel rapport ne peut être regardé comme l'effet du hasard. Les causes de cette im-

(1) *Traité d'anatomie descriptive*, t. IV, p. 143.

(2) *Du calibre de l'œsophage*. Thèse de Paris, 1874.

munité relative du sexe féminin sont difficiles à fixer. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le larynx de la femme est plus petit, qu'il s'ossifie plus tard que celui de l'homme et que par suite il doit présenter une résistance moindre.

Autre fait important : sur 24 cas où se trouve marqué l'âge auquel les malades ont succombé, dans 21 la mort n'est arrivée qu'après 50 ans et dans 16 après 60 ans.

Ainsi la mort est survenue :

Entre 40 et 50 ans	dans 3 cas.
» 50 et 60 » »	5 cas.
» 60 et 70 » »	8 cas.
» 70 et 80 » »	7 cas.
Après 80 ans	» 1 cas.

Mais pour cela il ne faut pas croire que la maladie n'apparaît qu'à un âge avancé ; elle est souvent très longue et dans quelques cas elle a duré de 20 à 30 ans, dans le cas de Rokitansky 49 ans.

On trouve que sur 16 cas où le début de la maladie a pu être connu assez exactement, dans 12, le mal n'a commencé qu'après 40 ans. Ainsi les premiers symptômes ont apparu :

	à 16 ans	dans 1 cas
	à 17 ans	» 1 cas.
Entre 35 et 40 ans	»	2 cas.
» 40 et 50 ans	»	5 cas.
» 50 et 60 ans	»	5 cas.
» 60 et 70 ans	»	2 cas.

C'est donc certainement une maladie de l'âge adulte et de la vieillesse. Le cas où les premiers troubles dysphagiques se montrèrent à 16 ans concerne un malade de Kocher. Le malade de Rokitansky, qui commença à 17 ans à éprouver de la difficulté à avaler et dont l'affection dura 49 ans, permet, comme

nous l'avons dit, une autre explication en ce sens que les premiers accidents dysphagiques peuvent avec beaucoup de vraisemblance être mis sur le compte d'un goitre qui apparut à cette époque: le diverticule ne serait venu s'y ajouter que plus tard. Dans le cas de Gianella, la dysphagie, qui s'était manifestée dès la première jeunesse, ne doit pas être attribuée au diverticule, mais plutôt au rétrécissement concomitant et probablement congénital de l'œsophage. Le malade de Fridberg acquit son mal à 35 ans, à la suite d'un traumatisme. On n'est donc guère prédisposé à cette affection qu'après quarante ans et la question se trouve soulevée de nouveau, si l'ossification du larynx n'y joue pas un rôle important; ossification qui commence d'ordinaire chez l'homme entre 40 et 50 ans et chez la femme bien plus tard et d'ailleurs beaucoup plus rarement.

Il ressort de tout cela que la théorie congénitale de ces diverticules est complètement privée d'arguments.

Quant à la marche de la maladie, nous en avons déjà indiqué les traits fondamentaux. Dès que la dépression, d'abord légère, de la muqueuse s'est agrandie et a pris les proportions d'un véritable sac, à chaque déglutition les ingesta pénètrent dans la poche ainsi formée et y séjournent nécessairement un certain temps, parce que le sac dépourvu de tunique musculaire ne peut les expulser, mais se laisse au contraire distendre de plus en plus sous leur poids. Si la paroi de la poche possédait une tunique musculaire, ce danger n'existerait pas, ainsi que nous le prouvent les diverticules de l'intestin si souvent congénitaux sans aucun doute. Ces derniers sont pourvus d'une couche musculaire complète et jamais on ne les a vus se dilater en poches sacciformes.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE. — DIAGNOSTIC.

Au début de leur développement, les diverticules n'occasionnent que des troubles dysphagiques peu importants, peu caractéristiques, qui pourraient faire penser à l'existence d'un léger rétrécissement. Quelquefois les premiers symptômes ne se montrent que d'une façon périodique, ou bien le malade sait, par une pression exercée sur un point précis du cou, empêcher l'entrée des aliments dans le diverticule. L'affection n'est guère gênante alors et peut rester 20 et 30 ans sans provoquer d'accidents sérieux. Dans d'autres cas, sa marche est rapide et elle entraîne en peu de temps le plus haut degré d'inanition. Les symptômes graves apparaissent lorsque le diverticule a acquis des dimensions telles que par sa distension il doit nécessairement déplacer l'œsophage. On voit tout d'abord au début de chaque repas, les aliments remplir le sac. Celui-ci se distend et forme une tumeur volumineuse qui fait saillie quelquefois sur les côtés du cou et comprime l'œsophage et la trachée. L'orifice supérieur de l'œsophage fermé et comprimé refuse passage à toute nourriture et celle qui est encore avalée s'arrête dans le pharynx d'où elle ne tarde pas à être régurgitée. Les masses alimentaires qui ont pénétré dans le sac peuvent y séjourner plus ou moins longtemps, des heures et peut-être même des journées entières (cas de Collomb) ; puis elles sont rejetées dans la bouche sous la contraction des muscles du cou. Certains individus savent vider leur poche par une compression manuelle. L'évacuation de son contenu s'accompagne de gargouillement ou d'un bruit de sifflement. Parfois des bruits de clapotement peuvent aussi se produire pendant le repas, quand le diverticule s'emplit, et

s'entendre à distance ou seulement au moyen de l'auscultation. Les aliments régurgités n'ont le plus souvent subi aucune modification ; ils sont seulement un peu ramollis et mélangés de mucus ; quelquefois cependant ils sont dans un état d'altération qui se traduit par une odeur putride. Le malade cherche parfois à les avaler de nouveau, paraissant ainsi les ruminer. On observe assez souvent de véritables vomissements.

Ce n'est que par des efforts angoissants que le patient réussit à faire descendre quelques parcelles d'aliments dans l'estomac ; mais il arrive un moment où il ne passe plus rien, et ce n'est qu'au moyen de la sonde œsophagienne, qui ne pénètre pas toujours, ou de lavements nutritifs, qu'on peut soutenir la vie de ces individus. Ils sont continuellement tourmentés par une faim qu'ils ne peuvent satisfaire et ils meurent dans le plus profond marasme, après un amaigrissement de plus en plus considérable, à moins qu'une maladie intercurrente ne vienne abrégier leur existence misérable. Parmi les 35 observations de diverticules dorsaux que nous avons rapportées, il se trouve que dans 18 cas, la mort a été la conséquence immédiate du diverticule ; dans 8 cas, elle a été due à une autre maladie ; dans 4 cas, le genre de mort n'est pas indiqué ; les 5 derniers cas concernent des malades qui ont été guéris ou perdus de vue.

Les diverticules échappent au diagnostic quand ils sont peu développés. Mais lorsqu'ils ont acquis un volume tel que les aliments et les corps étrangers peuvent y pénétrer et y séjourner, le diagnostic devient possible. La dysphagie, la régurgitation, seront les premiers symptômes qui permettront de les faire reconnaître. Si le diverticule est déjà considérable, on pourra parfois constater l'existence d'une tumeur apparaissant à la base du cou, après l'ingestion des aliments, et donnant un son mat ou tympanique à la percussion. Cette tumeur molle, pâteuse, est sujette à des variations, elle est tantôt bilatérale et tantôt unilatérale ; elle est diffuse ou cir-

conscrite ; sous l'action de la compression, elle disparaît en donnant lieu à un bruit spécial et les substances qu'elle renferme repassent dans la bouche.

La sonde peut aussi être utilisée pour le diagnostic ; dans les dilatations circonférencielles de l'œsophage, malgré les fortes flexuosités du conduit, la sonde pénètre facilement et on peut lui imprimer des mouvements étendus ; dans les diverticules, on peut également l'introduire et la faire mouvoir dans un espace libre plus ou moins vaste ; mais on ne réussit pas à la faire pénétrer profondément et on se trouve arrêté au niveau du cul-de-sac de la poche. Mais un signe vraiment caractéristique de la présence d'un diverticule, c'est que tantôt la sonde passe, tantôt elle rencontre un obstacle, suivant qu'elle pénètre au-devant de l'orifice ou qu'elle s'y engage. Parfois, on arrive, à l'aide d'une pression exercée dans un sens déterminé sur la sonde, à introduire celle-ci sans peine. Plus l'orifice du sac est large et sa réplétion prononcée, plus il se met dans l'axe du pharynx, et l'on a ainsi d'autant plus de chances de s'y engager et d'y être arrêté. L'évacuation mécanique de la poche peut rendre le cathétérisme possible, en ramenant dans l'axe du pharynx l'orifice œsophagien précédemment déplacé et comprimé par le sac distendu. Dans tous les cas, quand la sonde peut être introduite, elle passe facilement.

Cette alternative d'échecs et de réussites dans le cathétérisme a pu cependant être observée dans quelques cas de dilatation au-dessus d'un rétrécissement. Il s'agissait alors de cancers ayant détruit en partie la paroi œsophagienne, de sorte qu'il y avait pour ainsi dire des poches, des petites excavations où l'extrémité de la sonde s'engageait. Les rétrécissements spasmodiques possèdent également la propriété de laisser passer la sonde par moments et de l'arrêter par d'autres. Seulement le spasme cède facilement à un instrument de gros calibre.

Si le diverticule est très développé, il peut déterminer des troubles sérieux dans l'innervation, la respiration et la circulation par la compression qu'il exerce autour de lui. Ces troubles ne manquent pas dans les poches qui tombent dans la cavité thoracique. Le sac peut comprimer les nerfs récurrents, les pneumogastriques, les veines jugulaires, les veines caves, les oreillettes, les poumons, les bronches, etc.

Toutes les dilatations sacciformes ont un symptôme commun : la régurgitation précoce ou tardive des aliments accumulés dans le sac. Ces aliments reviennent plus ou moins altérés et donnent au malade un goût douceâtre ou même putride. La décomposition des substances alimentaires se produira dans le sac, si ce dernier est considérable et placé de telle sorte qu'il ne se vide que rarement. Dans ce cas, l'hydrogène sulfuré et d'autres gaz mal odorants s'exhaleront du contenu de la poche et rendront l'haleine fétide : symptôme qui pourra conduire au diagnostic quand toute autre explication de cette fétidité buccale fera défaut.

L'œsophagoscopie pourra aussi rendre des services dans le diagnostic du diverticule. L'œsophagoscope introduit dans le cul-de-sac, permettra de reconnaître l'entrée proprement dite de l'œsophage.

Enfin, suivant l'observation très judicieuse que nous a faite M. le professeur Dubrueil, le laryngoscope laissera voir l'orifice des diverticules latéraux siégeant près de la base de la langue.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC. — TRAITEMENT.

Parfois les diverticules ne dépassent jamais un petit volume ; ils ne provoquent que des troubles insignifiants et passent pour ainsi dire inaperçus des sujets qui en sont atteints. Mais très

souvent ils acquièrent un développement de plus en plus considérable, et la dysphagie qu'ils entraînent a pour conséquence immédiate d'amener la dénutrition des malades qui ne peuvent plus satisfaire leur faim et tombent dans une inanition profonde. La maladie est alors terrible et sa terminaison presque toujours fatale. La compression par la poche d'organes nécessaires à la vie, dans la cavité thoracique, a quelquefois déterminé une mort subite. Le pronostic peut donc apparaître dans ce cas comme grave.

Le traitement dans les formes légères peut être seulement palliatif ; on conseille au malade de manger lentement, de n'avaler ses aliments qu'après une mastication soignée et par petites bouchées ; on cherche, s'il s'est possible, à prévenir la pénétration des ingesta dans le sac par la compression du cou en un point donné ou par tout autre moyen : c'est ainsi que le malade de Rosenthal trouvait sa déglutition beaucoup plus facile quand il inclinait fortement la tête à gauche.

On peut faire la dilatation de l'œsophage si l'on soupçonne un rétrécissement concomitant : Berkhan a eu de la sorte un succès ; il s'est servi d'une bougie conique de gutta-percha recourbée à son extrémité, afin d'éviter sa pénétration dans le diverticule ; peu à peu il est parvenu à enfoncer l'instrument de plus en plus profondément : le traitement entier dura 4 mois avec 71 séances de cathétérisme.

Enfin, la sonde œsophagienne a permis souvent de soutenir l'alimentation des malades ; beaucoup d'entre eux en ont appris la manipulation et ont dû, à cet artifice, de prolonger leur existence pendant de longues années.

Mais tous ces moyens seront insuffisants, dans les cas graves où la dysphagie est intense et le cathétérisme souvent impossible. Dès lors, on n'hésitera pas à faire la cure radicale.

Cette opération avait été depuis longtemps proposée dans les traités de chirurgie ; cependant les chirurgiens reculaient à la

pratiquer, à cause du siège des diverticules. Mais, dans ces derniers temps, les opérations faites sur l'œsophage ont donné de bons résultats, et l'on a été ainsi amené à faire l'extirpation de ces dilatations sacciformes, par un procédé qui ne doit pas offrir plus de dangers que l'œsophagotomie externe, dont il se rapproche sous beaucoup de rapports. Et, de la sorte, nous comptons déjà cinq guérisons radicales, dues à Wheeler, Bergmann, Kocher et Butlin.

Nous ne pouvons entrer ici dans les détails de l'opération, qui doit varier, nécessairement, suivant le siège et les dimensions de la poche diverticulaire. Le manuel opératoire doit être basé sur les données de l'anatomie normale de la région et sur celles de l'anatomie pathologique des diverticules.

Pour les diverticules dorsaux, une incision pratiquée sur le bord antérieur du sternomastoïdien, en procédant comme pour l'œsophagotomie externe, permettra d'arriver par une dissection lente jusque sur la tumeur, qui sera isolée des tissus environnants et mise à découvert. Puis, suivant la pratique de Kocher, une ligature provisoire sera appliquée sur le collet du sac ; les tuniques externes du diverticule seront sectionnées circulairement ; une double ligature sera appliquée sur la muqueuse mise à nu ; cette dernière sera elle-même sectionnée au thermocautère dans l'intervalle des deux ligatures ; enfin, une suture circulaire réunira les tuniques externes sur le moignon de la muqueuse. La plaie cutanée ne sera pas réunie ou ne le sera que partiellement, et l'on assurera un drainage soigné, la suture pouvant manquer, comme dans l'œsophagotomie. Cet accident est arrivé à Bergmann.

Afin d'empêcher l'infection de la plaie, on pourra laisser quelques jours dans l'œsophage une sonde à demeure, qui permettra d'alimenter le malade. Cependant, Bergmann nous apprend que chez sa malade, la sonde dut être enlevée, parce qu'elle provoquait des vomiturations incessantes. On aurait alors recours à

l'alimentation rectale ; on accorderait seulement au malade d'avaler un peu d'eau stérilisée.

Dans le cas où l'extirpation serait rejetée pour une raison quelconque, on pourrait encore établir une fistule gastrique, et arracher ainsi le malade à l'inanition et à la mort. Whitehead a un succès de la sorte : sa malade a pu vivre 6 ans après l'opération. Mais Chavasse a perdu son opéré.

Nous croyons donc que la cure radicale est l'opération de choix.

Nous avons, sans doute, encore trop peu d'observations pour nous faire une idée définitive de la valeur de cette opération. Cependant, les résultats comparés de l'œsophagotomie et de la gastrostomie plaident en faveur de notre opinion. Si l'on s'en tient aux statistiques de Fischer et de Cohen, la mortalité de la gastrostomie est de beaucoup la plus élevée : 28 0/0 pour l'œsophagotomie, et 47 0/0 pour la gastrostomie.

Enfin, nous terminerons en rappelant ce précepte de MM. Forgue et Reclus (1), très important pour la réussite des opérations qui se pratiquent sur l'œsophage ou l'estomac : « Il faut intervenir avant que le malade soit atteint en sa résistance, avant que l'inanition progressive l'ait affaibli. »

(1) Forgue et Reclus. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1892.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Les diverticules du pharynx et de l'œsophage ont une anatomie pathologique, une étiologie et une pathogénie toutes spéciales et doivent occuper un cadre à part dans la nosographie de cette partie du tube digestif.

2° Il existe deux classes de diverticules appelés : diverticules par traction, et diverticules par propulsion, suivant que leur cause productrice agit du dehors ou du dedans.

3° On doit distinguer deux catégories de diverticules par propulsion appelés d'après leur situation : diverticules pharyngiens latéraux et diverticules pharyngiens dorsaux.

4° Les diverticules pharyngiens latéraux sont d'origine congénitale et ont la valeur morphologique des fistules borgnes internes du cou.

5° Les diverticules pharyngiens dorsaux ou œsophagiens sont d'origine mécanique et traumatique et se présentent comme une hernie des tuniques internes du pharynx et de l'œsophage à travers leur tunique musculaire.

6° Les diverticules par propulsion offrent un ensemble de symptômes et de caractères qui rendent leur diagnostic possible pendant la vie.

7° On appliquera à ces diverticules la cure radicale. Les résultats obtenus jusqu'à présent permettent de fonder sur cette opération les plus belles espérances.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBRECHT. — Ueber morph. Bedeutung des Pharynxdivertikel. Centralblatt für Chirurgie, 1885, n° 24.
- VON BERGMANN. — Ueber den OEsophagusdivertikel und seine Behandlung. Arch. für klin. chir. Berlin, 1892. Bd XLIII.
- BROCA (A). — Vices de développement de la face et du cou. Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus. T. V. p. 1. 1891.
- BROSSET. — Vices de conformation de l'œsophage. Lyon médical. T. LXI, p. 109. 1889.
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique. T. II, p. 852. 1852.
- CUSSET. — L'appareil branchial des vertébrés. Thèse de Paris. 1877.
- DUPLAY. — Des fistules congénitales du cou. Archives générales de médecine. T. I. p. 78. 1875.
- FORGUE et RECLUS. — Traité de Thérapeutique chirurgicale. 1892.
- FRIDBERG. — Ueber OEsophagusdivertikel Diss. Giessen, 1867.
- GILETTE. — Structure de la tunique musculaire de l'œsophage. — Journal de l'Anatomie et de la Physiologie de Robin, p. 617, 1872.
- GILIS. — Précis d'embryologie. 1891.
- HARTMANN. — Maladies de l'œsophage. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. T. V. p. 445, 1891.
- HIS. — Anatomie menschlicher Embryonen. 1885. T. III, p. 82.
- KOCHER. — Das œsophagusdivertikel und dessen Behandlung. Cor. Bl. f. Schweiz-Aertze, Basel. T. XXII, p. 233, 1892.
- KÖNIG. — Die Krankheiten des Pharynx und OEsophagus. Deutsche Chirurgie. 1880.
- VON KOSTANECKI. — Zur Kenntniss des Pharynxdivertikel. Arch. für Path. Anat. Bd. CXVII, p. 108, 1880.
- LANNELONGUE et MÉNARD. — Affections congénitales. Tête et cou. Paris, 1891.
- MICHEL. — Art. OEsophage. Dict. Dechambre, 1880.

- MONDIÈRE. — Archives générales de médecine. Série II, T. I, 1833.
QUÉNU. — Les arcs branchiaux. Thèse d'agrégation, Paris 1886.
ROKITANSKY. — Lehrb. von path. Anat. T. III.
SARRAZIN. — Art. Cou, Dict. Jaccoud.
WATSON. — Journal of Anat. and Phys. T. IX, p. 134, 1874.
WHEELER. — The Dublin journ. of med. science, 1886.
ZENKER UND VON ZIEMSEN. — Krankheiten des OEsophagus, Handbuch
d. spec. Pathol. u. Therapie. Bd. VII. 1anhang, p 45, 1878.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier le 1^{er} juin 1893.
Le Recteur :
J. GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier le 31 Mai 1893.
Le Doyen :
MAIRET.

OBSERVATION XXXV



Thèse de M. Marcheguet

Lith. C. Boehm, Montp.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
